



**MEDICINA
UNIVERSITARIA**

www.elsevier.com.mx



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Desarrollo humano y políticas sanitarias Ensayo - Cuernavaca, Morelos 12 de abril 2012

Francisco Javier López-Espino y de Antuñano

Presidente de Alianza Contra el Tabaco, Asociación Civil libre de lucro (ACTA, AC). Cuernavaca, Mor, México.

Recibido: Noviembre 2011. Aceptado: Abril 2012

PALABRAS CLAVE

Políticas públicas, desarrollo, salud, inequidad, desigualdad, México.

Resumen

Objetivos: Revisar la situación de salud de los mexicanos en función de las políticas públicas en los últimos 100 años. Sugerir los temas de investigación cuyos resultados permitan plantear los problemas y diseñar métodos eficaces, para eliminar los determinantes que deterioran la salud ambiental, colectiva y persona.

Método: Para el análisis crítico de la situación de salud, se revisaron documentalmente por vía cibernética (en las bases de datos de *Medline*, *Google*, archivo histórico de la secretaría de Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana/Organización Mundial de la Salud, OMS) y los informes del Poder Ejecutivo, para extraer las principales políticas públicas para el desarrollo y sus consecuencias en la situación de salud.

Resultados: Las políticas públicas sanitarias y para el desarrollo social y económico, requieren información adecuada sobre sus efectos en la salud y el bienestar de la población, en términos no sólo de efectividad (cómo están funcionando), sino también de equidad (para quién están funcionando), de cara a diseñar, evaluar, redefinir y reorientar las intervenciones.

Discusión: Excepcionalmente, se han implementado mega proyectos de desarrollo económico y protección ecológica. No obstante, los responsables de implementar las políticas públicas sanitarias, por su propia eficiencia y sostenibilidad, deberían propiciar los ajustes necesarios para pasar del paradigma biomédico centrado en el diagnóstico y tratamiento de daños a la salud. Sin la reorientación sustancial, es probable que los actuales sistemas sigan desbordados por los crecientes desafíos de la pobreza, la violencia, la corrupción, el hacinamiento, la escasez de agua potable, energéticos, vivienda digna, nutricios, migraciones, desempleo, envejecimiento de la población, contaminación ambiental, pandemias de enfermedades crónicas, epidemias emergentes de enfermedades infecciosas, repercusiones del cambio climático y desastres naturales.

Conclusiones: En el camino hacia la equidad como eje de las políticas de desarrollo y la monitorización de su impacto en las desigualdades en salud, nos enfrentamos al

Correspondencia: Cerrada del Camino Real No. 85 Pueblo de Ahuatepec. C.P. 62300. Cuernavaca, Morelos. Correo electrónico: fjlopezantunano@gmail.com

reto de incluir la salud como valor social a conseguir en todos los procesos de desarrollo político, social, económico en el país y consecuentemente definir indicadores y subsistemas de información homogéneos, que permitan la comparación entre estados y municipios.

KEYWORDS

Public policies, development, health, inequity, inequality, Mexico.

Human development and health policies Cuernavaca, Morelos April 12th, 2012

Abstract

Objectives: To Review the health status of Mexicans in terms of public policies impact in the last 100 years. To suggest research topics whose results will lead to design problems and to propose effective methods for eliminate the determinants that deteriorate environmental, collective and personal health.

Method: To critically analyze the health situation of Mexicans we reviewed via cyber documentary (in the Medline, Google, Secretariat of Health historical archive and the Pan American/World Health Organization / World Health data bases and the Executive Branch Reports to extract the main public policies for social and economic development and their impact on the health situation of Mexicans.

Results: The Public health and the social and economic development policies, require adequate information about their effects on health and welfare of the population, not only in terms of effectiveness (how they are working), but also of equity (for whom they are working) , in order to design, evaluate, redefine and redirect interventions.

Discussion: Exceptionally, mega projects have been implemented for economic development and environmental protection. However, the responsible officers for implementing public health policies, for their own efficiency and sustainability, should facilitate the necessary adjustments to move from the biomedical paradigm focused on the diagnosis and treatment of health harms. Without a substantial reorientation, it is likely that the current arrangements remain overwhelmed by the growing challenges of poverty, violence, corruption, overcrowding, lack of potable water, energy, housing, nutritious, migration, unemployment, aging population, environmental pollution, pandemics of chronic diseases, emerging epidemics of infectious diseases, impact of climate change and natural disasters.

Conclusions: On the road to equity at the heart of policy development and monitoring of its impact on health inequalities, we face the challenge of including health as a social value to get into all the political, social, economic processes in the country and consequently to define indicators and information subsystems that allow homogeneous comparisons between states and municipalities.

Introducción

En años recientes ha crecido el interés por las enfermedades relegadas como un problema de salud pública. No obstante, se ha dado muy poca o ninguna atención a la búsqueda de la articulación entre los derechos humanos. Las enfermedades rezagadas son el resultado de las violaciones a los derechos humanos y a las libertades fundamentales, inclusive la equidad y la no-discriminación. El relator especial de la ONU documentó el derecho de todos nosotros a disfrutar el mayor estándar alcanzable de salud física y mental, el cual tiene el propósito de introducir y explorar algunas de estas conexiones.¹ El abordaje de la violación de los derechos humanos como causa

y consecuencia no solamente de enfermedades marginadas, sino también de las enfermedades prioritarias, tiene importante papel para identificar y eliminar factores de riesgo a la salud: ayudar a prevenir, controlar y vigilar los determinantes sociales de la salud, asegurar la dignidad y el bienestar de las víctimas afectadas por los riesgos sanitarios, particularmente ocasionados por productos agropecuarios e industriales dañinos para la salud.

Según reporta la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe de 2008,² en el mundo las 10 principales causas de mortalidad, dentro de las estimaciones para más de 130 causas de morbilidad y lesiones a escala mundial, son: 1) enfermedades isquémicas, 2) infecciones y parasitosis, 3) enfermedades respiratorias, 4) lesiones no

intencionadas, 5) condiciones perinatales, 6) enfermedades digestivas, 7) lesiones intencionales, 8) trastornos psiquiátricos, 9) diabetes mellitus y 10) condiciones maternas. En los países de ingresos bajos, medios o altos, la dependencia del alcohol y los problemas asociados a su consumo se cuentan entre las 10 principales causas de discapacidad. La producción y difusión de información sanitaria para respaldar las actuaciones, es una de las actividades básicas del mandato de la OMS. El estudio proporciona a los estados miembros información de gran importancia para la adopción de decisiones, la planificación y la determinación de prioridades en materia de salud.

El presente trabajo tiene por objetivos revisar la situación de salud de los mexicanos, en función de las políticas públicas para el desarrollo en México de 1900-2012. Sugerir los temas de investigación para registrar evidencias que permitan plantear los problemas de salud, que impiden o dificultan el desarrollo integral de los mexicanos, con el fin de diseñar los métodos eficaces para: identificar, jerarquizar, estratificar y eliminar los determinantes políticos, sociales y económicos que deterioran la salud ambiental, colectiva y personal; así como fomentar la diseminación de factores promotores de la salud y el desarrollo; prevenir los daños a la salud ambiental, colectiva e individual, como respuesta organizada de la sociedad. Proponer las bases para el diseño de públicas de ajuste tendientes a mejorar la situación de salud y el bienestar, por medio de programas de desarrollo humano sostenible con eficiencia, eficacia y equidad. Recomendar la reconstrucción de la estructura jurídica hasta conseguir la ley de salud integral y regulatoria, con base en evidencias científicas, que privilegie los derechos a la información, la dignidad, la salud y el desarrollo humano sostenible de todos los mexicanos.

Método

Para el análisis crítico de la situación de salud de los mexicanos, se revisó por vía cibernética, en las bases de datos de *Medline*, *Google*, archivo histórico de la Secretaría de Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana/ OMS, los informes sexenales de los presidentes de la República de 1910 a 2010, extractando las principales políticas públicas sanitarias y para el desarrollo, así como sus consecuencias en la situación de salud y bienestar de los mexicanos. Durante la revisión seleccionamos dos temas que podrían servir para ilustrar la relación entre las políticas adoptadas para el desarrollo humano sostenible y la salud pública, y cómo someter dichas políticas a procesos de investigación que generen las evidencias científicas indispensables para rediseñar políticas de ajuste, que realmente mejoren la situación sanitaria, el bienestar y el desarrollo integral de los seres humanos que habitan nuestro país. Para mejor comprensión del objeto del ensayo en cuanto a qué debemos investigar para aprender y enseñar sobre políticas públicas para el desarrollo en salud pública, en este ensayo analizamos sólo un problema grave de salud concreto: el tabaquismo.

Resultados

Situación de salud

Entre 1960 y 2009 la población de México pasó de 34.9 a 107.6 millones de habitantes, con un crecimiento promedio anual superior al 3% entre 1960 y 1980, en torno al 2% entre 1980 y 2000, y del 1% entre 2000 y 2009. Este crecimiento de la población se explica fundamentalmente por la diferencia entre las tasas de natalidad y de mortalidad, ambas tasas disminuyeron y su diferencia pasó de 33.5 en 1960 a 12.8 en 2009, esto se debió a que a partir de los años setenta se implementaron políticas públicas para disminuir la tasa de natalidad mediante servicios de planificación familiar, al mismo tiempo se presentaron avances en materia de urbanización y salubridad que disminuyeron la mortalidad infantil y hubo un cambio de un patrón de mortalidad, dominado por enfermedades infecto-contagiosas a otro con predominio de las enfermedades crónico-degenerativas.³ La tasa por 10⁵ habitantes estandarizada con el método directo de la OMS, usando la distribución promedio por edad de la población mundial de 2000 a 2025, se observa que la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, nutricionales y de la reproducción, bajó de 76.7 en el año 2000 para 67.8 en 2008, mientras que la tasa de no transmisibles subió de 550.3 (2000) a 577.2 (2008) y la de lesiones de 22.4 (2000) a 59.1 (2008). En los últimos 50 años se produjo en México un descenso muy importante de la mortalidad en todos los grupos de edad. Este descenso se acompañó de un cambio igualmente significativo en las principales causas de discapacidad y muerte. Hoy, en el país predominan como causas de daño a la salud y muerte prematura las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Como la atención médica de estos padecimientos es más costosa y son más difíciles de tratar, las acciones deberían concentrarse en la prevención universal, selectiva e indicada. Una alta proporción de las 20 principales causas de mortalidad en México son atribuibles al consumo de productos industrializados dañinos para la salud (tabaco, alcohol etílico, alimentos y bebidas) (Tabla 1).²

La historia moderna de México está marcada por la revolución de 1910-1920 y los reclamos al estado para mejorar las condiciones sociales y económicas, particularmente en las áreas rurales del país. La evolución de la política adoptada por el gobierno de México durante los últimos 80 años, siempre ha sido de apoyo a los programas exitosos de impacto para la prevención y el control de grandes endemias, inmunizaciones, el control de la natalidad, seguridad alimentaria, accidentes, adicción a sustancias y otros dentro del esquema estereotipado del modelo médico. No obstante, se observan diferentes niveles de equidad (en relación con la distribución y el acceso de los servicios de atención a la salud) y desigualdad (para describir perfiles epidemiológicos en salud). En las últimas tres décadas la gran polarización socioeconómica y la reforma sanitaria privatizadora han aumentado la inequidad y la desigualdad como obstáculos principales para conseguir mejorar la situación de salud y el desarrollo económico, de más de la mitad de los mexicanos

Tabla 1. Las 20 principales causas de mortalidad en México, 2010.⁴

Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	2010
A00-Y98	Total 592.018		
1	E10-E14	Diabetes mellitus	82.964
2	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	70.888
3	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	32.306
4	K70, 72.1, 73, 74, 76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	28.369
5	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	25,757
6	J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	23.797
7	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	17.695
8	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	17,131
9	CIE-10	Accidentes de transporte	17.098
10	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en periodo perinatal	14.376
11	N00-N19	Nefritis y nefrosis	13.483
12	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	8.672
13	C33-C34	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	6.795
14	C16	Tumor maligno del estómago	5.599
15	C61	Tumor maligno de la próstata	5.508
16	C22	Tumor maligno del hígado	5.393
17	C50	Tumor maligno de la mama	5.094
18	X60-X84, Y87.0	Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)	5.012
19	B20-B24	VIH/SIDA	4.860
20	C53	Tumor maligno del cuello del útero	3.959
	R00-R99	Causas mal definidas	12.789
		Las demás	184.473

Fuentes: INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía SINAIS. Sisitema Nacional de Información de Salud

sumergidos en la pobreza. Desde finales de los años setenta e inicio de los ochenta ocurrieron profundos cambios en la política sanitaria, cuya dirección apuntó fundamentalmente al crecimiento del sector de la atención médica privada, acompañado de deterioro del sector público. El Estado Mexicano ha brindado el apoyo para la expansión de los grandes complejos médico industriales en el país, como uno de los principales componentes de la industria aseguradora. Esto, ubicado en el contexto de continuidad del modelo neoliberal ha llevado a la profundización ascendente de la inequidad y la desigualdad social en México.⁵ En virtud de amplitud de los temas objeto de esta reflexión hemos aceptado la sensata sugestión de mostrar un ejemplo de problema sanitario, que nos pueda ayudar a ver las repercusiones de las políticas públicas sanitarias instrumentadas en México para el desarrollo social y económico de los mexicanos y la interacción en los ámbitos urbano y rural.

Las políticas de salud: el problema del tabaquismo

La salud como bien común es sustituida por la búsqueda del equilibrio de las fuerzas del comercio y el mercado de los productos tóxicos industrializados de tabaco, los cuales contienen más de 7 000 elementos nocivos, a cuya exposición se atribuyen además de la adicción a la nicotina más de 60 000 muertos al año en México y alta proporción de patologías severas, sufrimiento, angustia y depresión atribuibles a la exposición a productos tóxicos de tabaco industrializado.⁶

La secular tradición del cultivo del tabaco en América y a partir del siglo XVII, ya dejaba enormes ganancias a los comerciantes e ingresos fiscales importantes a los gobiernos. Se estableció el monopolio estatal del tabaco y se instauró el estanco del tabaco, dando a la industria tabacalera las condiciones similares de producción; de esta manera, se uniformó los procesos de cultivo, comercio y

mercado de las fábricas cubanas y mexicanas.⁷ A partir de la segunda década del siglo XX, la maquinización y automatización de la industria respondió a la lógica del desarrollo neoliberal y neocapitalista, sin importarle las catastróficas consecuencias para la salud y la vida de los seres humanos. El objetivo central de la IT a partir de la industrialización del tabaco, ha sido vender la adicción y el síndrome de abstinencia a la nicotina, y ha continuado haciendo lo posible por mantener su influencia para la expansión y transmisión de este daño a la salud por medio de óptima organización comercial y eficiente mercadotecnia. Al imponerse la tasación a los productos tóxicos del tabaco, estos se convirtieron en artículos de promoción y venta lícita. Consecuentemente, el Estado Mexicano al privilegiar el “derecho a la libre empresa” de la IT, no sólo ha apoyado y defendido el poder adictivo de sus productos, sino también, el riesgo de adquirir enfermedades graves y muerte prematura de las personas expuestas. El objetivo general de la IT⁸ es evitar o retrasar la entrada en vigor de cualquier política pública de control del tabaco, para que su impacto en la oferta, demanda y consumo sea el mínimo posible. Formalmente, utilizan herramientas legales que les permiten negociar con el Estado. Informalmente, usan su poder económico, capturando a los actores clave en el diseño y aplicación de la política.

El poder adictivo y atractivo

Las estrategias empleadas por la IT incluyen su grande y persistente influencia para manipular la capacidad de administración de nicotina y, en consecuencia, para imponer y aumentar el poder de adicción de los productos de tabaco. Por eso, los países miembros de la OMS, como partes del Convenio Marco para el Control del Tabaco⁹ (CMCT-OMS), deberían adoptar ordenamientos normativos efectivos para reducir el poder adictivo y el atractivo de los productos de tabaco industrializado. Es urgente desplegar el ataque frontal para impedir la influencia que la IT ejerce sobre la oferta, demanda y consumo de productos industrializados de tabaco. Los daños que estos ocasionan se podrán prevenir mediante la eliminación del riesgo sanitario y de la intensidad de la dependencia, como factor biológico que contribuye a la perpetuación de la adicción a la nicotina. El Grupo de Estudio de la OMS sobre reglamentación de los productos de tabaco publicó el sexto informe,¹⁰ para fundamentarla científicamente. Se identifican enfoques para reglamentar estos productos, que plantean importantes cuestiones relacionadas con la política sanitaria para el control del tabaco. Los diseños e ingredientes influyen directamente en la gente, aumentando el atractivo de los productos y facilitando la iniciación entre los jóvenes, las mujeres y grupos sociales de interés para la IT.

Importancia para las políticas de salud pública

El informe No. 967, OMS 2010 sobre Reglamentación de los Productos de Tabaco aludido sostiene que el marco normativo destinado a reducir el poder adictivo y el atractivo de los productos de tabaco, podría mejorar la

salud pública al contribuir a la implantación de medidas eficaces de regulación y control del tabaco para reducir la iniciación, la prevalencia del consumo, el sufrimiento y las enfermedades y muertes que ocasiona. Las instancias del sector público no pueden ni deben pactar con la IT que genera estos productos dañinos porque sus fines son antagónicos. Aunque den buenos resultados para la IT, pues las ventas según un reporte de las propias tabacaleras, subieron en México 16.9% en el mismo año (2004), en que la Secretaría de Salud firmó el convenio voluntario con las tabacaleras.¹¹ En el marco de la realización (del 6 al 17 de febrero, 2006) en Ginebra, Suiza, de la 1ª Conferencia de las Partes¹² organizada por la OMS para analizar los avances en la implementación del CMCT, se discutió la otra estrategia mundial que aplican las tabacaleras y que también se aplicó en México: el programa de *prevención del consumo del tabaco en jóvenes*. Esto, aunque es contradictorio porque las tabacaleras justamente a los que quieren “enganchar” es a los jóvenes, porque aseguran un consumo de 40 años o más de su producto, les hace aparecer como empresas socialmente responsables. En 2006, Ortiz Proal, profesor en la Facultad de Derecho UNAM, publicó:¹³ *“en los últimos años se consolidó la inmoral relación entre la industria tabacalera y el gobierno federal. No obstante, que en discursos oficiales y en los foros internacionales nuestras autoridades sanitarias se comprometieron a combatir al tabaquismo, la administración de Vicente Fox Quesada poco hizo para atacar este grave problema de salud pública y, por el contrario, terminó negociando el convenio voluntario con las tabacaleras, el cual, además de violentar nuestro orden constitucional y transgredir compromisos internacionales asumidos por nuestra nación, evidenció un lamentable sometimiento del poder público a los intereses de los grandes consorcios internacionales del tabaco”*. El 31 de mayo de 2004, Día Mundial sin Tabaco, Fox Quesada anunció en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, la firma del convenio voluntario con las principales empresas de la IT, cuya finalidad supuestamente sería disminuir el consumo del citado producto.¹⁴

Dicho convenio voluntario fue redactado y firmado por los productores, comerciantes y mercaderes de tabaco *British American Tobacco* México, Cigarros La Tabacalera Mexicana y *Philip Morris* México con la Secretaría de Salud, por conducto del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), y en él se estableció que las empresas tabacaleras firmantes realizarían una aportación temporal por medio de un fideicomiso al “Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos” (bases para el despegue del actualmente conocido “seguro popular”), sobre la venta de cigarrillos en el territorio nacional.

Innumerables artículos publicados recientemente muestran que la industria ha tratado de debilitar la legislación no sólo en Argentina, sino también en otras partes de Ibero América y el Caribe,¹⁵ y en Alemania,¹⁶ Suiza,¹⁷ la Unión Europea,¹⁸ Oriente Medio,¹⁹ Tailandia,²⁰ Camboya²¹ y la ex Unión Soviética.²² También hace que los

ataques sean más específicos, como cuando trató de socavar el orden del día de la 8ª Conferencia Mundial sobre tabaco o salud.²³

En los Estados Unidos, la IT ha intentado socavar la confianza pública en la validez de la protección del ambiente. La agencia de evaluación de los riesgos asociados con la exposición al humo de tabaco ajeno lleva a una legislación fuerte en esta área. Se utilizaron tácticas similares para socavar un estudio por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, que mostró un mayor riesgo de cáncer de pulmón entre los no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno.²⁴ Los documentos demuestran que *Philip Morris* Internacional temía que los resultados del estudio podrían influir para mayor disminución en el consumo de tabaco en Europa y por lo tanto, se convierte en punta de lanza como estrategia para desprestigiar el informe, contrarrestar los resultados obtenidos y formar la opinión contraria en el público mediante la manipulación de los medios de comunicación, y presionar a los gobiernos para que no aumenten las restricciones de fumar.²⁵

La industria tiene larga historia de uso aparentemente independiente de grupos de fachada para avanzar en su caso²⁶⁻²⁸ y también ha financiado analistas de negocios para presentar su caso legalmente.²⁹ Dado el poder y el tamaño de la industria en los Estados Unidos de Norteamérica, tales iniciativas pueden tener fuerte influencia sobre iniciativas legislativas en otros países.³⁰ La interferencia de la IT no tiene límites, y ha reconocido que los cambios de políticas eficaces a nivel local conducen a cambios en los niveles estatales, nacionales y regionales.^{31,32}

Los modelos para las actividades de monitoreo de la industria tabacalera

En dos publicaciones de la OMS,^{33,34} se describen las estrategias para contrarrestar la influencia de la industria del tabaco, como sigue: en primer lugar, el sector de control del tabaco debe conocer los locales de la IT, mediante el análisis de sus documentos e inspección de instalaciones.

Las recomendaciones específicas del manual³⁵ en lo que se refiere al seguimiento de la industria tabacalera local, incluyen el acompañamiento y el registro de: a) los esfuerzos de la industria tabacalera para frustrar el control del tabaco, y b) de la cobertura mediática de las actividades relacionadas con la industria.

La amplia experiencia en los Estados Unidos^{36,37} sugiere la expansión de los requisitos de divulgación por parte de la industria del tabaco, tal como han sido encomendados. Por otra parte, la industria continúa desarrollando nuevas estrategias y combinaciones de estrategias, que deben ser tomadas en cuenta.³⁸ Bettcher y colaboradores³⁹ afirman que *“el futuro de la investigación también se beneficiaría con la inclusión de más variables explicativas, que reflejen los cambios de los precios o de las estrategias para el control eficaz del tabaco”*.

Algunos países ya cuentan con métodos de vigilancia y regulación de las actividades de la industria

tabacalera. La Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA, Brasil) es la agencia reguladora con autonomía financiera.⁴⁰ Hay numerosos requisitos con el fin de recibir la aprobación al listado, incluyendo:⁴¹ resumen de la composición del producto, incluyendo las hojas de tabaco utilizado, aditivos, especificaciones de filtro y embalaje, resumen de los elementos presentes en el humo principal y lateral, y resumen de los compuestos presentes en las hojas del tabaco.

De acuerdo al reglamento en Canadá, los fabricantes e importadores de tabaco deben presentar informes anuales al Ministerio de Salud de Canadá, los cuales incluyen datos relacionados con las ventas, proceso de fabricación, 20 ingredientes tóxicos de los productos constituyentes, nivel de 40 emisiones tóxicas, actividades de investigación y promoción.⁴² El último informe de la Cirujana General de Estados Unidos (2012),⁴³ detalla los factores que influyen a que los jóvenes y adultos jóvenes comiencen a consumir tabaco y los efectos devastadores de su consumo para la economía de la salud. Las estrategias que logran el éxito de los programas integrales de control del tabaco incluyen campañas mediáticas masivas, precios altos del tabaco, leyes y políticas públicas de ambientes 100% libres de humo de tabaco y programas escolares, son más eficaces cuando disponen de fondos suficientes. La OMS se ha comprometido a ayudar a los estados miembros en la implementación del CMCT- OMS con directrices que exponen el conflicto fundamental e irreconciliable entre la IT, los intereses de las políticas sanitarias y los derechos fundamentales a la información, la dignidad y la salud de los seres humanos.

Discusión

¿Qué es lo que tenemos que aprender, investigar y enseñar para lograr *una salud*⁴⁴ en México?

El retraso en alcanzar salud para todos⁴⁵ está íntimamente relacionado con el atraso en el desarrollo humano de alta proporción de los mexicanos. El capital social componente clave de esas interacciones (personas, familias y grupos sociales), transmite actitudes hacia la cooperación, valores, tradiciones, y percepciones de la realidad, define su identidad, utiliza sus propios recursos para su autorregulación y desarrollo, y cuando su participación es valorada y fortalecida, trasciende a otras dimensiones del desarrollo, generando “círculos virtuosos”.⁴⁶ Quizás la pobreza sea en realidad, parte de la razón del desempeño bajo de una región en cuanto a su crecimiento, lo que crea círculos viciosos en los cuales el crecimiento bajo genera mayor pobreza y la mayor pobreza, a su vez, ocasiona un crecimiento bajo. En el informe del Banco Mundial al respecto se abordan formas de convertir este ciclo negativo en un círculo virtuoso de reducción de la pobreza, en el que los ataques de amplia base a la pobreza se traducen en un mayor crecimiento, que a su vez reduce la pobreza.⁴⁷ Para incrementar la eficiencia, eficacia y equidad del capital social urge implantar: a) el clima de confianza entre los agentes sociales, b) el comportamiento cívico:

que recoja actitudes positivas que vayan desde el cuidado de espacios públicos al pago de impuestos para contribuir al bienestar colectivo, y c) la capacidad de asociación: con alto grado de pertenencia a organizaciones de la sociedad hacia el desarrollo humano.

Amartia Sen, Premio Nobel 1998 en Economía, precisamente “*por haber restaurado la dimensión ética en la economía*” y, en forma accesible, nos da los fundamentos teóricos de la revolución económica. Participó en la preparación de los informes del Programa de Naciones Unidas sobre el desarrollo humano⁴⁸ y con claridad, el concepto de crecimiento económico, como el mero aumento de bienes y servicios para los que puedan pagarlos, definiendo desarrollo económico, como el crecimiento equitativo, sustentable y democrático de todos los ciudadanos.⁴⁹

*“¿Porqué la equidad en salud? ¿Cuáles son entonces las distintas consideraciones? ...Primero, la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas, puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana... tendemos a darle prioridad a la buena salud cuando realmente tenemos la oportunidad de elegir (en efecto, hasta el tabaquismo y otros comportamientos adictivos pueden ser vistos como una falta de libertad para oponerse al hábito, lo cual trae a colación el problema de la influencia psicológica sobre la posibilidad...”*⁵⁰

Hace 33 años, la estrategia de atención primaria de la salud se presentó como un conjunto de valores, principios y enfoques destinados a mejorar el grado de salud de las poblaciones desfavorecidas. La atención primaria de salud adopta una visión holística de la salud que va mucho más allá del limitado modelo médico. En el informe sobre la salud en el mundo,⁵¹ titulado *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca* se señala: “*En lugar de reforzar su capacidad de respuesta y prever los nuevos desafíos, los sistemas sanitarios parecen hallarse a la deriva, fijándose una tras otra prioridades a corto plazo, de manera cada vez más fragmentada y sin una idea clara del rumbo a seguir*”.

La idea clave de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud es diferenciar con claridad la mala salud y la mala atención de la salud. Es preciso aclarar: cuando usamos la palabra “inequidad”, nos referimos a las desigualdades en la salud que son evitables. Al no evitarlas, cometemos la injusticia de no hacerlo. Para la Comisión son tan importantes la atención médica de los pacientes, como la prevención y el control de los daños causados por las enfermedades. Si queremos cambiar la situación de salud es indispensable identificar y modificar los determinantes de las causas de los daños a la salud, los factores sanitarios fundamentales, las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, lo que llamamos los determinantes sociales de la salud.⁵²⁻⁵⁵

Políticas públicas de ajuste

Galeazzi Alvarado⁵⁶ define “conciencia social” como conjunto de ideas, tendientes a la conservación o la transformación del sistema existente (económico, político, social), que caracterizan a un grupo, institución, movimiento cultural, social, político o religioso. Derivando en una modificación, que se da dentro de las estructuras, llamado cambio social.

La situación de salud, la calidad de vida, la seguridad y la igualdad social serán una realidad cuando:

- El bienestar del capital humano y financiero de nuestro país, vaya en aumento por un largo periodo, que implique el crecimiento de la economía, será una realidad.
- Lo anterior, vaya íntimamente ligado a las condiciones democráticas y equitativas de las políticas públicas de ajuste, dirigidas al desarrollo individual y colectivo de todos los mexicanos, y
- la producción agropecuaria e industrial sean liberadas de la corrupción y la violencia como acto de gobierno del Estado Mexicano, y como acto de gobernanza de la sociedad civil organizada.

En la década de los ochentas se iniciaron reformas sanitarias con la creación de sistemas nacionales de salud, orientadas por las grandes agencias internacionales. La creación de la mayoría de los sistemas nacionales de salud se hizo bajo el paradigma del *mix* público-privado y, aunque no fue parte explícita del discurso, la reforma en México se caracterizó por la descentralización inequitativa y la privatización de los servicios de atención médica.⁵⁷ El eje central de la transformación neoliberal de la política de salud fue en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y bajo las orientaciones del Banco Mundial. Con las reformas de 1995 y 1997 se garantizó la no obligatoriedad de aportar al IMSS, y se abrió la posibilidad de aportar a empresas de seguros privados. Con esta decisión se rompió con el principio básico de la solidaridad y se privatizó la atención a la salud de los trabajadores de las grandes empresas. En 1997, el IMSS entrega a las empresas privadas (AFORES) el capital de las pensiones manejadas por el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR). Estas y otras medidas de corte neoliberal llevan a la quiebra del IMSS.⁵⁸ Es importante señalar que en 1998 se firmó el acuerdo de préstamo IMSS/Banco Mundial. Se establecieron varias condiciones para el préstamo, entre ellas:

- La separación de las áreas de financiamiento y las de atención médica. Esto es, el “*mix* público/privado”.
- Alentar el financiamiento y la oferta privada de seguros.
- Alentar la prestación de servicios clínicos por el sector privado.⁵⁹

Con la reforma sanitaria y con los cambios al IMSS se evidenció la transformación de la salud en mercancía; el crecimiento del sector privado, sostenido por los seguros privados de salud, da por resultado el sistema de atención diferenciado y desarticulado. Es decir, se reproduce en forma creciente y permanente la inequidad. Una de las vías para la posible solución de la inequidad

sería volcarse como en Brasil hacia el sistema único de salud con participación ciudadana, donde se recuperen los valores de la solidaridad y la responsabilidad del Estado por privilegiar el compromiso por el derecho ciudadano a la salud. Los sistemas de salud, educación y seguridad tienen la obligación de velar por la integridad de la salud ambiental, pureza del agua, aire, tierra, energéticos, del saneamiento básico, de la vivienda como expresión de las condiciones sociales y económicas de los ciudadanos. Debieran ser los responsables de la instrumentación de los programas de salud pública para la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles, crónicas y degenerativas, mentales, así como de otros daños a la salud como los ocasionados por desastres naturales, accidentes, violencia, delincuencia, pobreza y terrorismo. Sobra decir que deben vigilar la ocurrencia de daños emergentes, reemergentes, rezagados y desde luego prioritarios, y considerar los cambios en los contextos políticos, económicos y sociales en los últimos 100 años, antes de discutir los resultados y recomendaciones de la Comisión de Determinantes.⁶⁰ Navarro⁶¹ analizó los cambios que ocurrieron en el mundo en los últimos 30 años, cambios en los contextos socioeconómicos, políticos y de la mortalidad que se producen y reproducen con las desigualdades. Hemos visto la implantación de políticas públicas en todo el mundo que se basan en que:

- los gobiernos deben reducir sus intervenciones en las actividades económicas y sociales;
- los mercados laborales y financieros deben ser desregulados a fin de liberar la enorme energía creativa del mercado y el comercio; y
- las inversiones deben ser estimuladas mediante la eliminación de las fronteras y las barreras a la movilidad total de mano de obra, capital, bienes y servicios (*“Estas prácticas reflejan la ideología neoliberal en el sector de la salud y han creado nuevo entorno de política que hace hincapié en la necesidad de: reducir la responsabilidad pública para la salud de las poblaciones, aumentar la elección y los mercados, transformar los servicios nacionales de salud en seguros “populares” de salud, privatizar la atención médica, un discurso en el que los pacientes se definan como clientes y la planificación sea sustituida por los mercados, la responsabilidad personal de los individuos para mejorar la salud, la comprensión de la promoción de la salud como estrategia para lograr el cambio de comportamiento y la necesidad de que las personas aumenten su responsabilidad individual, mediante la adición de capital social para su inversión”*).

Los últimos 30 años hemos sido testigos de la aplicación de estas políticas y prácticas en todo el mundo, incluyendo en los Estados Unidos, y gran parte de América, la Unión Europea y de organismos internacionales como la OMS. Estas políticas han aparecido en el consenso de Washington, Bruselas y, de hecho, en el consenso de la OMS, como lo demuestra el impugnado reporte de la OMS del año 2000, sobre el rendimiento de los sistemas

de salud.⁶²⁻⁶⁶ El marco teórico para el desarrollo de estas políticas económicas y sociales fue la creencia de que ha cambiado el orden económico mundial, con la globalización de la actividad económica (estimulada por estas políticas), que es responsable de un crecimiento económico sin precedentes en todo el mundo.⁶⁷ En este nuevo orden económico y social, los Estados están perdiendo poder y están siendo suplantados por una economía centrada en el mercado a corazón abierto, nueva en todo el mundo con base en las empresas multinacionales, que se supone que son las unidades principales de actividad en el mundo de hoy. Mientras que los órganos del establecimiento financiero aplauden el escenario neoliberal, hay personas en la tradición antisistema como Susan George, quien explica con gran claridad las fuerzas que nos oprimen, las opciones que enfrentamos y la acción que debe tomarse. Nos prepara para hacer frente a las injusticias de una carrera mundial para el beneficio de una pequeña élite, penetra en las causas de nuestros problemas actuales y devastadores, sobre las personas responsables y nos muestra que el poder para lograr los cambios está en nuestras manos. Combina la aridez de la carretera con la creencia en el poder humano para la transformación.⁶⁸ Eric Hobsbawm,⁶⁹ grandes sectores del movimiento antiglobalización y el Foro Social Mundial, entre otros, lo lamentan, pero interpretan la realidad de la misma manera: que están viviendo en un mundo globalizado en el que el poder de los Estados está siendo reemplazado por el poder de las corporaciones multinacionales; la única diferencia es que mientras las fuerzas del establecimiento aplauden la globalización, las fuerzas antisistema lo deploran.

Derechos humanos y enfermedades

Últimamente, ha crecido el interés por las enfermedades relegadas como problema de salud pública. No obstante, se ha dado poca o ninguna atención a la búsqueda de la articulación con los derechos humanos de las personas que padecen esas enfermedades olvidadas. Éstas, supuestamente se presentan cuando se vejan los derechos fundamentales a la salud, la educación y la vivienda digna. Las enfermedades rezagadas son el resultado de las violaciones a los derechos humanos y a las libertades fundamentales, e incluyen la inequidad y la discriminación. Todos nosotros tenemos derecho a disfrutar el mayor estándar alcanzable de salud física y mental.¹ El abordaje de la violación de los derechos humanos como causa y consecuencia de enfermedades no sólo marginadas, sino también prioritarias tiene importante papel para identificar y eliminar factores de riesgo de salud: ayudar a prevenir, controlar y vigilar los determinantes sociales de la salud; asegurar la dignidad y el bienestar de las víctimas afectadas por los riesgos sanitarios.

El último informe de la OMS⁷⁰ muestra los 12 daños a la salud más importantes y en la distribución de los óbitos por causa y sexo, las primeras tres causas de muerte son enfermedades isquémicas, infecciones/parasitosis y neoplasias, todas ellas evitables o postergables por manejo adecuado de los determinantes sociales y económicos que

acortan la vida.⁷¹ Las prácticas del neoliberalismo y el neocapitalismo han provocado la crisis al llevar a la desaparición de la salud como el bien común, como objeto central ausente en las políticas públicas y la economía. El bien común es sustituido por la búsqueda de equilibrio de las fuerzas del comercio y el mercado. Además, el neoliberalismo transfiere el bien de la salud a la responsabilidad en la protección de su salud a la población, y fomenta el desmantelamiento de los sistemas de salud pública y seguridad social.⁷²

Consecuencias sanitarias de la globalización del neoliberalismo y retos actuales

Las tres tareas más importantes que los investigadores, los especialistas en salud pública y los miembros de la sociedad tenemos por delante son: describir, explicar y sobre todo cambiar los determinantes sociales que violan los derechos a la información y a la salud. Entre las críticas al Estado no se justifican las prácticas neoliberales por su incapacidad e ineficiencia para manejar la situación de salud, sobredimensionando el papel de los empresarios privados. Los esfuerzos de la sanidad pública para prevenir y controlar la pobreza son insignificantes.⁷³

Es urgente analizar críticamente las situaciones para conocer la extensión y entender la naturaleza de las inequidades en salud y exclusión de grupos sociales concretos, para estar en condiciones de compartir la información y traducirla en objetivos para el cambio. En México, por ejemplo, las personas del sector salud entrevistadas por los medios en mayo 2009, admitieron que no sabían el origen del virus que inició la pandemia de influenza. Sin embargo, los criaderos de cerdos y el transporte a largas distancias de estos animales vivos, llevaron a la emergencia originada por los ancestros de este “nuevo virus” causante de la más reciente pandemia de influenza AH1N1. El análisis preliminar del virus AH1N1 aislado de casos humanos en California y Texas reveló (abril, 2009) que cinco de los ocho segmentos del gen del virus, se originaron en cepas norteamericanas que habían estado circulando desde 1998, cuando se identificaron en una granja porcina en Carolina del Norte. Es indispensable diseñar sistemas de información y vigilancia, que sirvan de base a la estricta regulación de riesgos sanitarios para la prevención y control eficaces y permanentes de daños colectivos devastadores.^{74,75}

Reformas a las estrategias de atención primaria y promoción de la salud

Conforme al informe de la OMS² sobre la situación de salud en el mundo (2008), es necesario reorientar los sistemas sanitarios hacia una salud para todos. En México, para conseguirlo es indispensable hacer las siguientes reformas: en *pro* de la cobertura universal para mejorar la equidad sanitaria; de la prestación de servicios hasta conseguir sistemas de salud centrados en las personas; de las políticas públicas para promover, proteger y recuperar la salud de todos los grupos sociales; y del liderazgo

para que las autoridades sanitarias y los legisladores sean confiables.

Los jefes de gobierno, ministros y representantes gubernamentales de los países miembros, reafirmaron solemnemente su voluntad política para actuar sobre los determinantes sociales de la salud con el fin de crear sociedades dinámicas, inclusivas, equitativas, económicamente productivas y saludables, capaces de transformar los desafíos en oportunidades nacionales, regionales y mundiales para alcanzar el desarrollo sostenible.⁷⁶

Conclusiones

Los sistemas de salud, educación y seguridad son injustos, inconexos, insuficientes, ineficientes y menos eficaces de lo que deberían y podrían ser. Sin una reorientación sustancial, es probable que los actuales sistemas sigan desbordados por los crecientes desafíos de la pobreza, la violencia, la corrupción, el hacinamiento, la escasez de agua potable, energéticos, vivienda digna, nutricios, migraciones, desempleo, envejecimiento de la población, contaminación ambiental, pandemias de enfermedades crónicas, epidemias emergentes de enfermedades infecciosas, repercusiones del cambio climático y desastres naturales.

1. La tutela de los derechos humanos debe ser la primera y más importante preocupación de la sociedad civil, en alianza con las instituciones del Estado Mexicano. Urge atender al componente ético del desarrollo y la globalización de los valores, lo cual se confunde con el respeto de los derechos humanos.⁷⁷
2. Urge reconocer y fortalecer agentes políticos, sociales y económicos, representativos de la sociedad civil en su conjunto.
3. Los especialistas en salud pública tenemos la obligación de plantear los problemas y buscar soluciones responsables, enfocando con toda precisión: a) el ejercicio de la ética del desarrollo y la defensa de los derechos humanos, b) la responsabilidad social empresarial del aparato productivo agropecuario e industrial, c) el aprendizaje y la enseñanza sobre los determinantes sociales y económicos de la salud, con el objeto de diseñar políticas, estrategias y métodos eficaces para el desarrollo integral y sustentable de todos los mexicanos, en beneficio de su salud y bienestar plenos.
4. Los especialistas en salud, educación y seguridad públicas debemos desplegar las estrategias de atención primaria y promoción de la salud con los principios de la lógica, ética y estética en los cuatro mega proyectos siguientes: a) Desarrollo político, social y económico. b) Desarrollo de recursos humanos. c) Análisis crítico de la situación. d) Plan de acción.

Referencias

1. Neglected diseases: a human rights analysis Social, Economic and Behavioural Research. Special Topics No.16 By Paul

- Hunt with the assistance of Rébecca Steward, Judith Bueno de Mesquita and Lisa Oldring.
2. Consultado el 13 de septiembre de 2012. <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>
 3. Consultado el 13 de septiembre de 2012. http://new.paho.org/per/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=961&Itemid=882
 4. Consultado el 14 de septiembre de 2012. <http://www.sinais.salud.gob.mx/indicadores/basicos.html>
 5. Eibenschutz C, Tamez E, Camacho I. Inequality and erroneous social policy produce inequity in México. *Rev salud pública* 2008;10sup(1):119-132.
 6. Consultado el 13 de septiembre de 2012. <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/Articulos%20Jorge/2010/Tabaquismo%20en%20Mexico%20C3%B3mo%20evitar%2060%20000%20muertes%20prematuras%20cada%20a%C3%B1o.pdf>
 7. Consultado el 13 de septiembre de 2012. <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/351/35102906.pdf>
 8. Consultado el 14 de septiembre de 2012. <http://www.cide.edu.mx/publicaciones/status/dts/DTEJ%2051.pdf>
 9. Consultado el 13 de septiembre de 2012. <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sa56r1.pdf>
 10. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos-OMS No.967. Ginebra, Suiza. 2010.
 11. Consultado el 13 de septiembre de 2012. <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/19/6/e1.full.pdf>
 12. Consultado el 13 de septiembre de 2012. <http://www.who.int/tobacco/fctc/cop/en/index.html>
 13. Consultado el 14 de septiembre de 2012. <http://www.eluniversal.com.mx/editoriales/32988.html>
 14. Samet J, Wipfli H, Perez-Padilla JR, et al. Wrong thing for the right reason? *BMJ* 2006;332:353-354.
 15. Consultado el 13 de septiembre de 2012. http://www.paho.org/English/DD/UB/profits_over_people.pdf
 16. Gruning T, Gilmore A. Germany: tobacco industry still dictates policy. *Tobacco Control* 2007;16:2.
 17. Consultado el 13 de septiembre de 2012. <http://www.who.int/tobacco/media/en/InquirySwiss.pdf>
 18. Consultado el 13 de septiembre de 2012. <http://repositories.cdlib.org/ctcre/tcpmi/EU2002>
 19. Consultado el 13 de septiembre de 2012. http://www.who.int/tobacco/policy/--V/en/vot1_en.pdf
 20. MacKenzie R. Si somos capaces de simplemente 'plaza' hostiles legislaciones nuevas, el marcador es ya en nuestro favor: las empresas transnacionales de tabaco y la divulgación de los ingredientes Tailandia. *Control del Tabaco* 2004;13(Supl 2):79-87.
 21. MacKenzie R. Casi un papel modelo de lo que nos gustaría hacer en todas partes: British American Tobacco en Camboya. *Control del Tabaco* 2004;13(Supl 2):112-117.
 22. Gilmore AB, McKee M. Hacia el este: cómo la industria tabacalera transnacional ganó la entrada a los mercados emergentes de la antigua Unión Soviética, parte II: una visión general de las prioridades y tácticas para establecer una presencia de fabricación. *Control del Tabaco* 2004;13:151-160.
 23. Muggli ME, Hurt RD. Las estrategias de la industria tabacalera para minar la 8ª Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud. *Control del Tabaco* 2003;12:195-202.
 24. Muggli Hurt ME. Repace los esfuerzos políticos de la industria tabacalera para hacer fracasar la EPA. *informar sobre ETS. Am J Preventive Medicine* 2004;26:167-177.
 25. Centers for Disease Control and Prevention. Indoor Air Quality in Hospitality Venues Before and After Implementation of a Clean Indoor Air Law-Western New York, 2003. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2004;53(44):1038-1041.
 26. Ong E, Glantz S. Tobacco industry efforts subverting International Agency for Research on Cancer's second-hand smoke study. *Lancet* 2000;355:1253-1259.
 27. Samuels B, Glantz S. La política de control del tabaco local. *Revista de la Asociación Médica Americana Asociación* 1991;266:2110-2117.
 28. Apollonio DL. Bero grupos de fachada de la industria: un estudio de caso del tabaco. *J für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit* 2007;2:341-348.
 29. Sweda EL Jr, Daynard AR. Las tácticas de la industria tabacalera. *British Medical Bulletin* 1996;52:183-192.
 30. Chapman S, Penman A. "Can't stop the boy": Philip Morris' use of Healthy Buildings International to prevent workplace smoking bans in Australia. *Tobacco Control* 2003;12:107-112.
 31. Alamar AC, Glantz SA. La industria del tabaco de uso de los analistas de Wall Street en la conformación de la política. *Control del Tabaco* 2004;13:223-227.
 32. Mackay J. Aspectos internacionales de las facturas de los Estados Unidos de tabaco del gobierno. *J America Asociación Médica* 1999;281:1849-1850.
 33. Blanco J, Bero LA. La salud pública bajo ataque: la intervención estadounidense para dejar de fumar Estudio (ASSIST) y la industria del tabaco. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2004;94:240-250.
 34. Consultado el 13 de septiembre de 2012. <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/handbookcover.pdf>
 35. Consultado el 13 de septiembre de 2012. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597340_eng.pdf
 36. Consultado el 13 de septiembre de 2012. <http://repositories.cdlib.org/ctcre/tcpmus/CA1995>
 37. Consultado el 13 de septiembre de 2012. <http://repositories.cdlib.org/ctcre/tcpmus/wa2001>
 38. Consultado el 13 de septiembre de 2012. http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/17/m17_complete.pdf
 39. Bettcher DW. Confronting the tobacco epidemic in an era of trade liberalization. Geneva. World Health Organization. 2003.
 40. Consultado el 13 de septiembre de 2012. <http://www.anvisa.gov.br/eng/index.htm>
 41. Consultado el 13 de septiembre de 2012. http://www.anvisa.gov.br/eng/legis/resol/346_03rdc.htm
 42. Consultado el 13 de septiembre de 2012. http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobactabac/legislation/reg/indust/index_e.html
 43. U.S. Department of health and human. Services Public Health Service Office of the Surgeon General Rockville, MD. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults A Report of the Surgeon General 2012. Atlanta, GA. DHHS, CDCP, NCCDPHP. Office on Smoking and Health. Washington D.C. 90.
 44. Consultado el 13 de septiembre de 2012. <http://www.onehealthinitiative.com/about.php>
 45. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Aprobada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. URSS. 6-12 de septiembre de 1978.
 46. Montalvo-Correa J. Presidente del Consejo Económico y Social, Chile, 22 Y 23 de mayo de 2003. Gabinete del Presidente Encuentro Internacional "Movilizando el capital social y el voluntariado en América Latina, Panel 1: "Concertación económica y social, capital social y desarrollo. Chile. 22-23 de mayo 2003.
 47. Consultado el 14 de septiembre de 2012. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/6997>
 48. Consultado el 14 de septiembre de 2012. <http://www.undp.org.pa/indice-desarrollo-humano/informes/mundial>

49. Pressman S, Summerfield G. The Economic Contributions of Amartya Sen. Review of Political Economy. Londres. 2000. 66-98.
50. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Fracción del texto del discurso leído en la III Conferencia Internacional sobre Economía de la Salud. York, Reino Unido, 23 de julio de 2001. J Public Health 2002;11(5/6).
51. Consultado el 13 de septiembre de 2012. <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>
52. Consultado el 14 de septiembre de 2012. <http://isecrn.org/2012/02/07/status-syndrome-how-your-social-standing-directly-affects-your-health-by-michael-marmot/>
53. Lee Jong W. Informe Anual del Director General de la OMS. Ginebra, Suiza. OMS. 2003.
54. Marmot M. Informe Final de la Comisión Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS-OMS), por el Presidente de la CDSS, Sir Michael. Centro Cultural Palacio de La Moneda en Santiago de Chile y con conectividad por videoconferencia a todas las seremis de Salud y Servicios de Salud. Chile, Mayo 22-23 de 2003.
55. Navarro V. What we mean by social determinants of health? International J Health Services 2009;39(3):423-441.
56. Galeazzi A. La Estructura Socioeconómica y Política de México, De acuerdo al nuevo plan de Escuelas Preparatorias Oficiales del Estado de México, por competencias, 2008. Escuelas Preparatorias Oficiales del Estado de México, programa de estudios de la materia estructura socioeconómica y política de México, quinto semestre. En: Calva JL (coord.) Derechos y políticas sociales. Agenda para el desarrollo. Vol.12. México. UNAM-Miguel Ángel Porrúa. 2007. 192-203.
57. Eibenschutz C, Vilar E. Políticas sanitarias. Historia, situación actual y propuesta de cambio. En Calva JL (coord.) Derechos y políticas sociales. Agenda para el desarrollo. Vol.12. México. UNAM-Miguel Ángel Porrúa. 2007. 192-203.
58. Eibenschutz C. Desigualdades y políticas sociales. Revista de Salud Pública 2008;10(1).
59. Consultado el 13 de septiembre de 2012. <http://sitere-sources.worldbank.org/INTWDR2006/Resources/477383-127230817535/0821364146.pdf>
60. Consultado el 13 de septiembre de 2012. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
61. Navarro V. Neoliberalism and its Consequences: The World Health Situation Since Alma Ata. Global Social Policy 2008;8(2):152-155.
62. Consultado el 12 de septiembre de 2012. http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
63. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin World Health Organ 2000;78(6):717-731.
64. Navarro V. Science or Ideology: A Response to Murray and Frenk. International J Health Services 2001;31(4):875-880.
65. Navarro V. World Health Report 2000: responses to Murray and Frenk. Lancet 2001;357(9269):1701-1702.
66. Musgrove P. Judging Health Systems: Reflections on WHO's Methods. Lancet 2003;361:1817-1820.
67. Frenk J. Bridging the Divide: Global Lessons from Evidence Based Health Policy in Mexico. Lancet 2006;368:954-961.
68. George S. Another World Is Possible If. London/New York. Verso. 2004.
69. Consultado el 14 de septiembre de 2012. <http://www.readysteadybook.com/BookReview.aspx?isbn=9781408702871>
70. WHO (2008). The World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever. <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>.
71. Caldwell, John.C., 1986. "Routes to low mortality in poor countries". Population and Development Review 12: 171-220.
72. Caldwell JC. Routes to low mortality in poor countries. Population and Development Review 1986;12:171-220.
73. CDC Emerging Infectious Diseases Poverty related infections. USA June 2009.
74. Rabadan, R. 2009. Influenza A (H1N1) "swine flu": worldwide (04) [1] ProMED Digest 2009. 28 April. Volume 2009: Number 196. http://www.promedmail.org/pls/otn/f?p=2400:1001:1580522401053605::NO::F2400_P1001_BACK_PAGE,F2400P1001_PUB_MAIL_ID:1000,77250.
75. Michael Greger, M.D. Director, Public Health and Animal Agriculture. The Humane Society of the United States. 2100 L St., N.W. Washington, DC 20037. direct line: (202) 676-2361 fax: (202) 676-2372 <http://www.birdflubook.org>.
76. WHO World Conference on Social Determinants of Health. Rio Political declaration on Social Determinants of Health. Río de Janeiro Brazil, 21 October 2011.
77. Global Health Promotion 1757-9759; Vol 16(1): 05-16; 100746 Copyright © SAGE Publications 2009, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore and Washington DC, DOI: 10.1177/1757975908100746 <http://ghp.sagepub.com>.